Lane Medical Library

Ueber

Einklemmung des anteflektierten graviden Uterus.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Agafia Spiwak-Weitz
aus Odessa (Rußland).

Tag der Promotion: 12. August 1911.

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Franz.**

Meinem Mann Dr. W. Spiwak

in Liebe und Verehrung gewidmet.

Bevor ich zur Publikation eines von Prof. Dr. Blumreich erlebten Falles von Einklemmung eines anteflektierten graviden Uterus ausführlicher übergehe, möchte ich mit einigen Worten die Anteflexio uteri gravidi überhaupt berühren.

Vergleicht man die Literatur über Retroflexio uteri gravidi mit der über Anteflexio uteri gravidi, so überzeugt man sich von einem ungleich größeren Reichtume der ersteren und verhältnismäßig spärlichem Vorhandensein der letzteren.

Eine vermehrte Anteflexio uteri ist normalerweise in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten, wenn auch in geringem Grade, sehr häufig vorhanden. Daß sich der Uterus in der Schwangerschaft mehr als gewöhnlich mit dem Fundus dem Schambogen zuneigt, ist die Folge der schon vorher bestehenden normalen Anteflexio und des vermehrten Gewichtes des Uteruskörpers, der mit dem Cervix einen stumpfen Winkel bildet. Der Grund hiervon liegt darin, daß der Cervix durch die hintere Vaginalwand verhindert wird nach hinten und oben zu treten. Bei der vermehrten Sukkulenz und Weichheit der Genitalien muß daher am Isthmus uteri eine Knickung erfolgen. Diese Anteflexio ist jedoch in der großen Mehrzahl der Fälle eine normale und vorübergehende Erscheinung, welche vom 3. Schwangerschaftsmonat an mit dem Aufsteigen des Uteruskörpers aus dem kleinen Becken in die Bauchhöhle zu verschwinden beginnt, macht meistens keine lästigen und gefährlichen Symptome und darf daher nicht zu dieser Zeit als pathologisch aufgefaßt werden.

Die Anteflexio des graviden Uterus stellt aber dann einen pathologischen Zustand dar mit bedrohlichen Inkarzerationserscheinungen, wenn der Fundus uteri bei seiner Vergrößerung, anstatt eine Wachstumsrichtung nach aufwärts in die Bauchhöhle einzuschlagen, tief hinter die Symphyse gepreßt wird und die Lage zwischen Symphyse und vorderer Vaginalwand eine Zeitlang beibehält.

Diese pathologische Anteflexion, von welcher hier hauptsächlich die Rede sein soll, wird besonders selten beobachtet, so daß Autoren von sehr großer Erfahrung, wie Braun, Winckel, eine solche nicht beobachten konnten.

In den wenigen Publikationen, die ich in der Literatur verzeichnet gefunden habe, ist die Trennung der Begriffe der Anteflexio und Anteversio nicht streng durchgeführt: bald wird von einer Anteflexio (Ahlfeld, Haslett, Davis, Löhlein), bald von einer Anteversio gesprochen (Scanzoni, Hüter, Hachmann, Kiwisch).

Außerdem möchte ich noch an dieser Stelle erwähnen, daß ich nur die Fälle in Betracht gezogen habe, wo die pathologische Anteflexio uteri gravidi im Beckenraume stattgefunden hatte, daß dagegen die Anteflexio des schwangeren Uterus in den späteren Monaten, der sogenannte Hängebauch oder Abdomen pendulum sowie auch die Anteflexio uteri gravidi nach antefixierenden Operationen außer Betracht bleibt.

Schon in der älteren Literatur finden wir einige, wie gesagt, sehr seltene Fälle von pathologischer Antedeviation mit Einklemmungserscheinungen beschrieben. So berichtet I. Baudelocque (L'art des accouchements, Paris, 1789) über eine pathologische Anteflexion, die sich in unstillbarem Erbrechen äußerte. II. Mad. Boivin (Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, Paris 1833) beobachtete bei einer Frau, welche in nicht schwangerem Zustande

an Anteversio uteri behandelt war, den Eintritt der Schwangerschaft. Zwei Monate nach dem Beginn derselben bekam die Frau Schmerzen hinter den Schambeinen und zugleich heftiges Erbrechen. Ein starker Aderlaß brachte eine Erleichterung. III. Hachmann (Magazin der ausländischen Literatur der ges. Heilkunde, Hamburg 1834) beobachtete folgendes bei einer im dritten Monate schwangeren Frau: ein Fehltritt auf der Treppe des Hauses verursachte eine Erschütterung des ganzen Körpers; es traten starke Schmerzen in der Magengegend und im rechten Hypochondrium ein; dieselben dauerten unter Fiebersymptomen und heftigem Harndrang 2 Tage an. Bei der vaginalen Untersuchung zeigte sich hinter der Symphyse eine halbkugelige, elastisch weiche Geschwulst, welche in die mittlere Apertur des kleinen Beckens hinabragte und die vordere Scheidenwand bedeutend nach unten drängte. Die Vaginalportion lag hinten und hoch in der Aushöhlung des Kreuzbeines. Mit dem elastischen Katheter wurde nun eine große Menge Urin entleert und hierauf die Reposition des Uterus vorgenommen. Zu diesem Zwecke wurde die Kreuzgegend etwas erhöht gelagert; ein Druck gegen die tiefste Stelle der vorderen Vaginalwand, welcher mit den 4 Fingern der rechten Hand ausgeübt wurde, und für die Patientin höchst schmerzhaft war, bewirkte, daß der Uterus aus dem kleinen Becken sich erhob und der Muttermund in die Führungslinie trat. Die Schwangere mußte noch einige Tage hindurch die Rückenlage beibehalten, es trat völlige Genesung ein, und nach 26 Wochen erfolgte eine natürliche Geburt. IV. Godefroy (Annales de gynécologie et de pédiatrique. Bruxelles 1842) hat folgende Beobachtungen gemacht: „Eine Frau mit großem Becken klagte im 4. Schwangerschaftsmonat über Schwere im Becken, Reißen beiderseits in der Leistengegend und beständiges Bedürfnis zum Urinlassen. Trotz der stärksten Anstrengung konnte die Kranke nur einige Tropfen Urin lassen. Die Vaginalschleimhaut war unter dem beständigen

Pressen gegen die Schamspalte hingedrängt. Collum uteri stand hinten und hoch, vorne (im vorderen Scheidengewölbe) befand sich eine abgerundete Geschwulst, welche gegen die Schambeine drückte.

Der Katheter förderte ein Glas Urin zutage. Die Reposition wurde mit den beiden Zeigefingern unternommen, von denen der eine in die Vagina, der andere in das Rektum eingeführt wurde, und auf diese Weise die Gebärmutter in senkrechte Stellung gebracht. Diese Manipulation war schmerzhaft für die Kranke.

Eine ruhige Lage im Bette, welche die Patientin einige Zeit lang beobachten mußte, vollendete die Heilung."

V. In einem zweiten Falle von Godefroy wurde der Kranken, welche $3^1/_2$ Monate schwanger war, angeraten, eine solche Lage einzunehmen, daß der Kopf und die Arme am Fußboden und die unteren Extremitäten eine Viertelstunde auf dem Bette ruhen sollten. Bei dieser Lagerung wurde beabsichtigt, „daß die Eingeweide durch ihre Schwere gegen das Zwerchfell gezogen würden. Dadurch sollte die Gebärmutter vom Drucke befreit werden, vermöge ihrer Schwere die Neigung gegen die Mitte des Leibes hin bekommen und infolgedessen ihre normale Stellung wieder einnehmen". Auf diese Weise gelang auch die Reposition.

VI. Hüter beobachtete einen Fall, wo im 4. Schwangerschaftsmonat nach einer starken körperlichen Anstrengung und öfterem Niederknieen sich Schmerzen in der Sakralgegend einstellten, welchen sich auch ein sehr lästiges Drängen zum Harnlassen und zur Stuhlentleerung zugesellte; am 3. Tage kam auch Blutfluß aus den Geschlechtsteilen hinzu. Die innere Untersuchung ergab: Fundus uteri hinter der Symphyse, das vordere Scheidengewölbe durch die vordere Wand des Uterus tief herabgedrückt. Die Vaginalportion lag stark nach hinten in der Aushöhlung des Kreuzbeines. Nachdem

die Blase mit einem elastischen Katheter entleert worden war, wobei nur eine geringe Menge Urin ausfloß, umfaßte Hüter die Vaginalportion hakenförmig von hinten her und zog sie nach vorn; die Patientin klagte dabei über sehr heftigen Schmerz. Obwohl es nicht gelang durch diese Art der Reposition die Anteflexio uteri zu beseitigen, so brachte Hüter es doch dahin, daß die vordere Vaginalwand nicht mehr so tief stand und das Orificium extern. uteri der Führungslinie des Beckens näher gerückt war. Die Sakralschmerzen waren bedeutend gemindert, der Druck im Becken nicht mehr so stark und der Blutabgang mäßig. Bei äußerer Untersuchung fand man den Uterus etwas höher über der Symphyse stehen. Nach achttägiger Rückenlage trat Genesung ein.

VII. Haslett (Anteflexio uteri gravidi [1884], Zentralblatt für Gynäkologie). Gravidität im 2. Monate. Unstillbares Erbrechen. Portio enorm hoch; Fundus in Größe eines Puteneies vorn zu fühlen. Reposition in Narkose mit einer Sonde. Einige Stunden danach Abort.

VIII. Davis (1884). Gravidität im 3. Monate, auch unstillbares Erbrechen. Der Fundus uteri im vorderen Scheidengewölbe tiefer als die Portio, Fundus reponiert, durch Pessar zurückgehalten.

IX. William Bain (1885) (Zentralblatt für Gynäk.). Patientin litt an Gebärmutterkatarrh. Letzte Regel vor 15 Wochen. Nach einer dauernden stärkeren körperlichen Anstrengung folgten klopfende Schmerzen im Unterleibe, Drängen nach unten, Gefühl von Geschwulst in den äußeren Geschlechtsteilen, Kreuzschmerzen und Beschwerden beim Stuhlgang; keine Blasenbeschwerden. Reposition mit der Hand ohne Narkose in linker Seitenlage, die richtige Lage wurde durch Tamponade mit Lintstreifen aufrecht erhalten, bis der Uterus so groß war, daß er nicht mehr heruntersinken konnte. Verfasser betont, daß Reposition auf jeden Fall angestrebt werden müsse.

X. Ahlfeld (Einklemmung d. anteflekt. grav. Uterus, 1878) hat zwei Fälle beobachtet, wo bei bestehender starker Anteflexio des schwangeren Uterus Blutungen auftraten. Der Verfasser will nicht mit absoluter Bestimmtheit sagen, daß die Blutungen die Folge der Lageveränderung waren, doch, bei Abwesenheit anderer ursächlicher Momente und bei der schnellen Besserung nach Aufhebung der Anteflexio, ist dieses sehr wahrscheinlich.

In einem Falle handelte es sich um eine Erstgeschwängerte, die sich im 3. Schwangerschaftsmonate befand. Es zeigten sich in der Wäsche zwei handgroße Flecken Blut, nachdem die Schwangere sich sowohl in der Wirtschaft etwas angestrengt als auch eine $2^1/_2$ Stunden dauernde Fahrt zu Wagen gemacht hatte. Am nächsten Tage stärkerer Blutabgang.

Die Untersuchung ergab: Der Fundus uteri war hinter die Schambeinverbindung tief herabgetreten, so daß man nur schwer zur Portio vaginalis kommen konnte. Der Druck gegen den Uterus war schmerzhaft, so daß ein direktes Aufrichten nicht auszuführen war. Es wurde konstante Rückenlage verordnet. Die Blutung wurde geringer. Nach einer Woche zeigte die innere Untersuchung den Uterus normalstehend, die Portio vaginalis war wieder leicht zu erreichen.

Nach dieser Zeit keine Blutungen mehr in der Schwangerschaft.

Diesen in der Literatur niedergelegten Fällen füge ich nun den

XI. von Prof. Blumreich behandelten Fall an:

Frau B., 25 Jahre alt.

4. Juni 1908. Menses immer regelmäßig, doch im ganzen sehr schwach; I. Menses mit 17 Jahren, letzte Periode 15. Februar 1908.

Seit Mittag des 3. Juni 1908 wird Abgang einer Menge blutiger Flüssigkeit bemerkt, verbunden mit dauerndem Ziehen im Kreuz. Die Urinentleerung ist seit gestern er-

schwert; in den letzten 18 Stunden ist nach Angaben des Ehemannes (Arzt) nur etwa 5 ccm Urin abgegangen. Seit 2 Stunden sehr heftige Schmerzen in der Mitte des Leibes. Seit 14 Stunden besteht häufiges Erbrechen, das in der Schwangerschaft bisher nicht aufgetreten war.

Patientin fühlt sich heute schwach, elend; Temperatur 36,8; Puls klein, weich, zählt 130, etwas irregulär bei wechselnder Beschaffenheit.

Status: Patientin ist von kleiner Statur, sehr grazil, dolichocephal, Zähne sehr klein, den Milchzähnen ähnlich, ganz weit gestellt, deutliche Schmelzhypoplasien; Spitzbogengaumen. Die äußere Untersuchung ergibt, daß ein praller Tumor bis etwas über Nabelhöhe hinaufreicht; die Vulva ist eng heraufgezogen auf die Symphyse, die äußere Vaginalöffnung ist ebenfalls sehr eng, so daß das Eindringen eines Fingers äußerst schmerzhaft empfunden wird. Die Vagina selbst ist stark gerunzelt, fühlt sich straff angespannt an infolge relativer Kürze derselben bei eigentümlichem Stande der Portio. Diese steht ganz weit hinten und oben. Der Muttermund bildet ein Grübchen, das die Hälfte des ersten Fingergliedes aufnimmt. Es sickert andauernd bräunlich schmieriges Blut aus der Vagina heraus. Der Uterus ist sehr stark spitzwinklig anteflektiert. Die Portio steht höher als die vordere Uteruswand, welche die Vaginalwand erheblich herabdrückt.

Bei dem andauernden Urindrang der Patientin treten immer nur ganz wenige Tropfen zutage. Katheter fördert sofort 700 ccm trüben, ganz wenig blutigen Urin zutage, worauf die Schmerzen vollständig verschwinden.

Weitere Therapie: Hochlagerung des Steißes durch einen Keil, Hochstellung des ganzen Bettes mit dem Fußende.

Extractum viburn. prunifolii — Veronal.

5. Juni: Patientin hat spontan 150 g Urin gelassen, noch mehrfach Erbrechen gehabt. Es geht weiter bräun-

lich schmieriges Sekret ab, etwas stärker blutig aussehend. Patientin kann 2 Stunden später nicht Urin lassen, daher Anwendung des Katheters mit angeschlossener Blasenspülung. Es werden 150 g Urin abgelassen. Uterusfundus ist entschieden einige Zentimeter höher gerückt und drückt die Vaginalwand lange nicht mehr so herab, wie am Tage vorher; äußerer Muttermund nimmt noch immer die Fingerkuppe auf.

6. Juni: Patientin hat von selbst Urin gelassen, die Blutabsonderung ist geringer als gestern, der Uterusfundus überragt die Symphyse um 8 cm und reicht herauf bis 5 cm unter dem Nabel.

7. Juni: Uterus fühlt sich heute viel weicher an als bisher, wo er einen recht gespannten Eindruck machte. Viel weniger Blutabsonderung. Die Patientin hat spontan Urin gelassen. Da beim Wasserlassen etwas Schneiden besteht, wird Urotropin, Wildunger Wasser, Blasenspülung verordnet.

8. Juni: Uterus reicht herauf bis 5 cm unter dem Nabel, sehr wenig bräunliche Sekretion, gar keine Uterusspannung. Patientin kann spontan reichlich Urin lassen.

10. Juni: Sekretion hörte völlig auf; Patientin befindet sich seitdem wohl, und es trat dauernde Genesung ein. Der Verlauf der Geburt eines ausgetragenen Kindes war schwer und langdauernd. Es mußte die Zange wegen beginnender Asphyxie des Kindes appliziert werden.

Die Quermaße des großen Beckens, also die Distanz der Spinae ant. superiores und der Cristae ossium ilei betrug 22:25.

Die Conjugata externa = 17 cm.

Mädchen asphyktisch, wird wieder belebt.

Wochenbett ohne Besonderheiten.

Aetiologie.

Einige ältere Beobachter hielten das Zustandekommen

von Anteflexio uteri gravidi incarcerata überhaupt für unmöglich, so z. B.:

Lohmeier (Thedens neue Bemerkungen und Erfahrungen zur Bereicherung der Wundarzneikunde usw. Berlin-Leipzig 1795) führt dafür folgenden Grund an: „Das beständige Anfüllen und die Ausdehnung der Harnblase nach hinten, der Mangel an Raum und das öftere Liegen auf dem Rücken lassen das Vorwärtsbeugen der Gebärmutter nicht zustande kommen."

Kiwisch (Beiträge zur Geburtskunde 1848) hat die Bildung einer primären Anteflexio uteri mit Einklemmung nicht beobachtet und hält sie auch nicht für wahrscheinlich, weil, wie er angibt, „durch die schiefe, nach oben gerichtete Fläche des Schambeines, durch die nach abwärts gekehrte Kreuzbeinaushöhlung, durch die Ansammlung des Harns von unten nach oben und Entleerung des Darmes von oben nach unten diese pathologische Stellung des Uterus verhindert wird."

Scanzoni (Lehrbuch der Geburtshilfe 1855) erklärt sich mit Kiwisch völlig einverstanden.

Daß aber die pathologische Anteflex. ut. grav. vorkommt und zu Einklemmungserscheinungen führt, dafür sprechen die oben aufgezählten Fälle verschiedener Autoren. Der Grund für das seltene Auftreten dieses pathologischen Zustandes liegt in der Form der Symphyse und der Stellung ihrer hinteren Fläche. Während der retroflektierte Uterus leicht durch das vorspringende Promontorium in der Kreuzbeinaushöhlung zurückgehalten werden kann, fehlt an der Symphyse eine Hervorragung, welche hindernd eintreten könnte. Die Retroflexio wird durch alle Lagerungen und Stellungen der Frau, mit Ausnahme der selten eingenommenen Bauchlage, begünstigt, während die Anteflexio uteri gravidi durch Rücken- und Seitenlage gehoben zu werden pflegt, und endlich hindert das Zustandekommen der Einklemmung der Zusammenhang mit der sich abwechselnd

füllenden Blase, die bei stärkerer Füllung den Uterus in die Höhe hebt.

Wenn nun doch in einzelnen Fällen die Einklemmung des anteflektierten graviden Uterus zustandekommt, so müssen besonders begünstigende Umstände vorhanden sein.

Nach Hüter wird als unterstützendes Moment in erster Linie ein weites Becken verantwortlich zu machen sein; Meißner (Frauenzimmerkrankheiten 1843) meint, wenn die Beckenneigung größer als gewöhnlich ist, so muß die hintere Fläche des Uterus mehr nach oben gerichtet sein, wodurch sich die Intestina in größerer Ausdehnung auf dieselbe anlagern und so durch den Druck das Vornübersinken des Uterus bewirken.

Als begünstigendes Moment nimmt Ahlfeld die Ueberweite des Beckens oder wenigstens die Verlängerung desselben von vorn nach hinten (quere Verengerung) an.

Der Uterus bekommt in diesem Becken größeren Spielraum, die vordere Scheidewand kann sich länger ausdehnen, so daß der Fundus bei geeigneten Druckverhältnissen tiefer als sonst herabsinken kann.

Ferner begünstigt die Richtung der Symphyse eine Einklemmung. Ragt diese mit ihrem oberen Rande weit in den Beckeneingang hinein, so ist es möglich, daß, wenn der Fundus uteri erst einmal hinter die Symphyse gelangt ist, er dort verharren und die Blase zur Seite drängen kann.

Ein Druck, welcher auf die hintere Wand des schwangeren Uterus einwirkt und dadurch die Anteflexio und die Einklemmung hervorruft, kann auch durch pathologische Neubildungen in der Umgebung des Uterus erzeugt werden; so kann gelegentlich ein entzündlich geschwollenes Ovarium, ein von der hinteren Cervixpartie ausgehendes Myom die Antefl. des Uterus bedingen; in ähnlicher Weise abgesackte, im Douglasschen Raume liegende eiterige Exsudate (Küstner in J. Veit — Handbuch der Gynäkologie).

Für das Zustandekommen einer pathologischen Antefl. uteri gravidi incarcerata ist die Erschlaffung und Senkung der vorderen Vaginalwand von großer Bedeutung (Hüter). Wenn die vordere Wand der Vagina erschlafft und sich zu senken beginnt, so kann dadurch die sich füllende Blase sich nach abwärts verlagern und dadurch Platz werden für den hinter der Symphyse liegenden umgestürzten Uterus. Andererseits kann durch den angesammelten Harn ein Druck auf die Portio ausgeübt und dadurch das Uebersinken des Fundus uteri begünstigt werden.

Nach P. Müller (Handbuch der Geburtshilfe) werden für die pathologische Antefl. ut. grav. und die mit ihr verbundenen Einklemmungserscheinungen in erster Linie die perimetrischen Verwachsungen beschuldigt, die von früheren entzündlichen Prozessen in der Umgebung des Uterus herstammen und den graviden Uterus in der anteflektierten Lage so fixieren, daß der Fundus bei seiner Vergrößerung eine Wachstumsrichtung nach abwärts einschlagen muß.

Das größte Kontingent der pathologischen Antedeviationen liefert nach B. S. Schultze (die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter 1881) die Parametritis posterior.

Löhlein wählt den Ausdruck „fixierte Anteflexion“ (Zentralblatt f. Gyn. 1896), die in pathologischer Hinsicht, nach seiner Meinung, als die wichtigste anzusehen ist und die Folge einer vorher bestandenen Peri- und Parametritis ist. Die entzündlichen Prozesse, die sich innerhalb der Ligamenta sacro-uterina abspielen, führen zu einer Verkürzung der Ligamenta oder zu einem retrahierenden Zuge der durch sie geschaffenen Adhäsionen, so daß der Uterus in toto etwas nach hinten und oben gezogen wird, wodurch sich die Anteflexio vermehrt. Tritt Gravidität hinzu, so wird dadurch das vollständige Umstürzen des Uterus nach vorne unterstützt, und es kann zu Einklemmungserscheinungen kommen, von welchen die Rede später sein

wird. Die oben erwähnte pathologische Anteflexion (Müller, Schultze, Löhlein) ist meistens eine erworbene; ob auch eine angeborene path. Anteflexion ein begünstigendes Moment für die Einklemmung des graviden Uterus zwischen der hinteren Fläche der Symphyse und der vorderen Vaginalwand abgeben kann, dafür habe ich in der Literatur keinen Belag finden können.

Und doch kann als wahrscheinlichste Aetiologie für den von Prof. Blumreich beobachteten Fall nur die vor der Gravidität bestehende angeborene, stark spitzwinklige Knickung zwischen Corpus und Cervix in Betracht gezogen werden, da andere ursächliche Momente fehlen. Daß wir es hier mit einem infantilen Uterus zu tun haben, dafür spricht das ganze Aussehen der Patientin; die äußeren Genitalien zeigen deutlich infantilen Habitus: die Vulva ist sehr eng (hinaufgezogen auf die Symphyse). Der Vaginaleingang ist ebenfalls sehr eng, so daß das Eindringen mit einem Finger äußerst schmerzhaft empfunden wird; die Vagina selbst ist relativ kurz, stark gerunzelt, der Uterus sehr stark spitzwinklig anteflektiert; die Menses traten mit 17 Jahren zum ersten Mal auf und waren immer spärlich und schmerzhaft. Diese späten spärlichen Menses deuten auch auf die mangelhafte Funktion eines hypoplastischen Uterus hin.

Das Becken ist ein infantiles, allgemein verengtes, was aus den oben angegebenen Maßen ersichtlich wird.

Die ungenügende Ovarialfunktion und infantilen Tuben einerseits, die starke spitzwinklige Anteflexion als Konzeptionshindernis andererseits, sind die Ursachen der sehr oft bei Hypoplasia uteri bestehenden Sterilität. Deshalb liegen auch wenige Beobachtungen vor über den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt bei dieser infantilen Form des Uterus.

Die bisher besprochenen ätiologischen Momente für das Auftreten einer Antefl. uter. gravidi incarcer. waren angeboren oder sind allmählich entstanden; es kann sich aber

eine Anteflexio uteri gravidi incarcerata auch plötzlich bilden; entweder durch eine heftige und plötzliche Anstrengung der Bauchpresse oder durch plötzliche heftige Bewegungen und Erschütterungen des ganzen Körpers: so wird im Falle Choparts heftiges Erbrechen, in der Beobachtung von Hachmann ein Fehltritt auf der Treppe, im Falle Hüters häufiges Knieen, im Falle William Bains starke körperliche Anstrengung, im Falle Ahlfeld dauernde Fahrt zu Wagen als begünstigendes Moment für das Eintreten der Incarceration des anteflektier. gr. Ut. beobachtet.

Symptomatologie.

Die Symptome, welche durch die Anteflexio uteri gravidi incarcerata hervorgerufen werden, gleichen sehr denen der Retroflexio ut. gravidi totalis incarcerata, erreichen aber nie einen solchen Höhegrad; denn eine eigentliche Incarceration des Uterus bei Anteflexio, wie sie bei Retroflexio vorkommt, wurde noch nicht beobachtet. Der Grund dafür liegt in der glatten Beschaffenheit der nach vorn und oben gerichteten Wand der Symphyse, die das Wiedererheben des Fundus uteri ohne große Schwierigkeiten zuläßt, während bei Retroflexio uteri grav. der Fundus uteri durch das vorspringende Promontorium fest zurückgehalten werden kann und dadurch auch bedrohlichere Erscheinungen hervorgerufen werden können.

Vergleichen wir die Symptome bei Retroflexio uteri gr. mit denen der Anteflexio, so finden wir bei der Retroflexio folgendes: die anfänglichen Kompressionserscheinungen, wie Urindrang und Stuhlverstopfung, von dem Druck auf Blase und Rektum herrührend, sind begreiflicherweise fast stets vorhanden und dauern bis zum zweiten oder dritten Monat. In diese Zeit fallen auch nicht selten Blutungen, welche den bei Lage- und Formveränderungen des Uterus so häufigen Abort einleiten. In der überwiegenden Anzahl der Fälle

aber verschwinden die Kompressionserscheinungen, da der Uteruskörper früher oder später sich von selbst aufrichtet.

In den seltenen Fällen, wo diese Spontanreposition ausbleibt, kommt es gegen Ende des 3. oder zu Beginn des 4. Monats zur Incarceration des retroflektierten Uterus in der Höhle des kleinen Beckens. Der Uterus liegt dann der Kreuzbeinfläche dicht an, vorne ist die Blase aus dem Becken herausgedrängt und weit in die Höhe geschoben, der Cervix ist an die Symphyse angepreßt und komprimiert die Harnröhre. Diesen Veränderungen entsprechen die Symptome. Die Urinbeschwerden steigern sich, die Urinentleerung wird schwierig, dann unmöglich, und zuletzt fließt der Urin unwillkürlich ab; die Blase ist dabei ad maximum gefüllt, es besteht Ischuria paradoxa; eine Entzündung der Blase tritt hinzu durch das Hinaufwandern der Fäulniskeime; der Urin wird trübe, übelriechend und eiterhaltig; durch Kompression der vesikalen Gefäßstämme und dauernde Ueberdehnung der Blasenwände tritt mehr oder weniger tiefgreifende Nekrose der Blasenwand ein, welche zur gangränösen Abstoßung der Blasenschleimhaut führen kann. Die Entzündung kann sich von der Blase bis zum Nierenbecken, sogar bis in die Substanz der Niere selbst fortpflanzen. Ebenso können die Darmerscheinungen von der Stuhlverstopfung bis zum Ileus sich steigern; ist das Rektum so weit zusammengedrückt, daß die Gase nur schwer entweichen können, so stellen sich Meteorismus, Uebelsein, Erbrechen ein. Die Gebärmutter selbst kann sich entzünden, in ihrer Wand können sich Abszesse entwickeln. Sepsis, jauchige Peritonitis oder Pyämie machen den Ausgang fast immer letal, wenn nicht Abort oder Reposition, künstlich oder natürlich, beizeiten erfolgt. Bei Anteflexio uteri gravidi sogar höheren Grades, in den bisher beschriebenen Fällen, gingen die Einklemmungserscheinungen niemals so weit.

Bei unbedeutender Anteflexio klagen die Schwangeren über zeitweise vermehrten Drang zum Harnlassen, über Stuhl-

verstopfung und werden zuweilen von Kreuzschmerzen belästigt; sobald aber der Uterus am Ende des dritten und im Anfange des 4. Schwangerschaftsmonates so an Größe zugenommen hat, daß er nicht mehr Raum im kleinen Becken findet, wächst er in die Bauchhöhle empor, wenn keine von den oben erwähnten Hindernissen ihm im Wege stehen; damit werden die Anteflexio und die mit ihr verbundenen Symptome beseitigt. Nicht immer ist aber der Ausgang so günstig. Tritt aus irgendeinem Grunde ein höherer Grad von Anteflexio ein, wird also der Fundus uteri dicht an die Symphysenfläche angepreßt und behält er einige Zeit diese Lage bei, so steigert sich die Heftigkeit der oben geschilderten Symptome: es treten deutlicher die Einklemmungserscheinungen hervor, die Kreuzschmerzen, welche ihren Grund in der Spannung und Zerrung der Ligamenta sacro-uterina haben, sind ohne Unterbrechung vorhanden; die vermehrte Kompression des Rektums durch den unteren Abschnitt des Uterus bewirkt einen anhaltenden Drang zur Stuhlentleerung. Charakteristisch ist aber das Verhalten der Harnblase. Während Godefroy und Hüter in den mitgeteilten Fällen nur geringe Mengen von Urin in der Blase fanden, wurde dagegen im Falle Hachmann und in dem von mir beschriebenem Falle eine größere Menge Urin aus der gefüllten Harnblase entleert; im Falle Bains traten überhaupt keine Blasenbeschwerden auf.

Einen hohen Grad von Anteflexio ut. gr. mit Einkeilung und eine dabei gefüllte Blase hält Hüter für 2 Erscheinungen, die sich widersprechen; „denn ist nämlich die Harnblase angefüllt, so wird dadurch das Zustandekommen der Antefl. uteri gehindert; ist der Fundus uteri hinter die Symphyse gelangt, so werden die Blasenwände so gegen die Symphyse angedrückt, daß das Anfüllen der Blase mit Harn unmöglich ist und der aus den Ureteren in den Blasengrund abfließende Urin sehr häufig ausgeschieden werden muß: dadurch der häufig wiederkehrende Harndrang.“

Obwohl die Erklärung sehr logisch zu klingen scheint, kommen doch Fälle vor, wie die von Hachmann und Blumreich, die das Gegenteil beweisen. Im Falle Blumreich hat sich die Harnblase als ein derbwandiger, die Nabelhöhe überragender Tumor präsentiert, hat 700 ccm trüben, etwas blutigen Urin enthalten, während die Patientin nur einige Tropfen selbständig zutage fördern konnte, es hat sich also die so häufig bei Incarceration des retroflektierten Uterus vorkommende Ischuria paradoxa eingestellt.

Es läßt sich diese Erscheinung auf die Weise erklären, daß der Fundus uteri die Blase nicht allzu fest gegen die hintere Fläche der Symphyse gepreßt hat; dadurch könnte sich ein Teil der Blase, der sich gerade über dem Fundus uteri befand, mit Urin anfüllen.

Von weiteren Incarcerationserscheinungen, die meistens im 3. und 4. Schwangerschaftsmonate vorkommen und mit den der Retroflexio ut. gr. zukommenden Symptomen die größte Aehnlichkeit haben, sind zu erwähnen: Fieber (Fall von Hachmann), Pulsbeschleunigung bei normaler Temperatur (Fall Blumreich), Ohnmachten, Uebelkeiten, Erbrechen, Gefühl von Schwere im Becken (Godefroy). Das letzte ruft bei der Schwangeren stets das Bestreben hervor, sich von dem lästigen Druck zu befreien, die Patientin fängt an zu pressen, dadurch wird der Fundus uteri immer tiefer hinter die Symphyse herabgedrängt, die Frau kommt in die größte Aufregung, der Puls wird beschleunigt, das mit Schweiß bedeckte Gesicht bekommt einen ängstlichen Ausdruck (Fall von Godefroy).

Im Falle Beaudelocque, Boivin, Haslett, Davis äußerten sich die Einklemmungserscheinungen in unstillbarem Erbrechen. Graily Hewitt (Zentralblatt für Gynäkologie 1895) nahm als erster einen Zusammenhang zwischen Hyperemesis und Anteflexio uteri gravidi an; er will unter 28 genau beschriebenen Fällen von Hyperemesis

23 mal hochgradige Anteflexio oder Versio, 12 mal mit Einkeilung gefunden haben.

Braun, Löhlein sind der Meinung, daß die pathologische Anteflexio nicht den direkten Grund für das schwere Erbrechen in der Schwangerschaft abgibt, sondern daß es sich um ein zufälliges Zusammentreffen handelt.

J. Veit (Müllers Handbuch der Geburtshilfe) möchte die sogenannten Einklemmungserscheinungen mit dem Bestehen einer chronischen Endometritis in Verbindung bringen. Der Tenesmus und der eigentliche Drang sei natürlich zum Teil davon abhängig, daß der Uterus fest dem vorderen Scheidengewölbe aufliege, noch viel mehr aber davon, daß der hier liegende Uterus eine ganz abnorme Spannung darbiete, und diese möchte Veit auf die Endometritis beziehen. Die sonstigen Erklärungen der Einklemmungserscheinungen des schwangeren Uterus scheinen ihm nicht zu genügen, und er konnte in 2 typischen Fällen dieser Art nachher auch an dem Ei die entzündlichen Veränderungen nachweisen.

Von weiteren Incarcerationserscheinungen bei der in Rede stehenden Lageanomalie kommen noch Blutungen in Betracht, die dann wieder sistieren, wenn der Uterus eine normale Lage durch spontane Aufrichtung oder nach künstlicher Reposition eingenommen hat, oder aber es kann zum Abortus kommen.

Mende (Die Geschlechtskrankheiten des Weibes 1836) hat bereits darauf hingewiesen, daß er in einem Falle von Abortus keine andere Ursache desselben als die Einklemmung des anteflektierten graviden Uterus auffinden konnte.

Hüter hat 4 Fälle von Abortus am Ende des dritten Schwangerschaftsmonats zur Behandlung bekommen, in welchen durch die sorgfältigste Untersuchung und Anamnese keine andere Ursache zu entdecken war als die Anteflexio uteri gravidi incarcerata.

Ahlfeld hat 2 Fälle von Blutungen als Folge der Incarceration bei dieser Lageanomalie beobachtet. Endlich zeigt

der von mir beschriebene Fall Blumreich auch einen beginnenden Abort: Blutausfluß, teilweise Eröffnung des äußeren Muttermundes, starke Spannung der Uterusmuskulatur (letztere wohl als Folge der Incarceration aufzufassen).

Hüter sucht das Zustandekommen des Abortus bei Anteflexio ut. grav. incarcerata so zu erklären: durch die Lageveränderung des Uterus wird ein Druck auf die Becken- und Uteringefäße ausgeübt, wodurch das Zurückfließen des venösen Blutes aus dem Parenchym der Gebärmutter verhindert und ein gewisser Grad von Hyperämie in diesem Organe unterhalten wird. Sobald die Uterusplacentar- und Decidualgefäße durch die Blutüberfüllung zu sehr angespannt und ausgedehnt werden, kommt eine Berstung derselben zustande, und das infolgedessen eintretende Blutextravasat bewirkt eine ausgebreitete Lostrennung des Eies, Störung des embryonalen Kreislaufes und Absterben des Embryo.

Auch nach Ahlfeld rührt diese Erscheinung der Einklemmung davon her, daß der Uterus, wie auch bei Retroflexio, auf dem Kopfe steht, und Stauungen im Organe eintreten, die zu Blutungen, Aborten usw. Veranlassung geben. Braun-Fernfeld ist mit dieser Erklärung alter Autoren nicht einverstanden; er nimmt an, daß es, wenn im Falle von pathologischer Antedeviation der Uterus über den Beckeneingang nicht hinaufwachsen kann und in dieser Lage zwischen Symphyse und vorderer Vaginalwand eingeklemmt wird, zu Zerrungen in seinen Wandungen und daher auch zu Zerrungen in den Eihäuten, deren Folge Blutungen sind. Besteht die Lageveränderung des Uterus weiter fort, wird sie durch einen zweckmäßigen therapeutischen Eingriff nicht korrigiert, so kommt es zu ausgebreiteten Blutungen in die Eihäute und damit zum Abortus.

Diagnose.

Schon die charakteristischen Symptome in Zusammenhalt mit der Anamnese lassen uns in den meisten Fällen an

eine Incarceration des graviden Uterus denken. Natürlich kann erst die objektive Untersuchung über die Richtigkeit dieser Annahme aufklären und dies gelingt bei patholog. Anteflexio meist leicht: man findet die vordere Vaginalwand durch eine mit der Vaginalportion in unmittelbarer Verbindung stehende Geschwulst ausgedehnt, gespannt und herabgedrängt, und tastet den Fundus uteri vom vorderen Scheidengewölbe aus viel tiefer stehend als die Portio. Die Stellung der Portio ist verschieden, je nachdem es sich um eine pathologische Anteversio oder Anteflexio handelt. Im ersteren Falle steht sie besonders hoch und nach hinten, so daß die Oeffnung des Muttermundes auf der hinteren Vaginalwand aufruht und gegen die Kreuzbeinaushöhlung gerichtet ist; die Achse des Uterus ist nicht geknickt, der ganze Uterus erscheint umgestürzt, so daß er auf dem Fundus zu stehen scheint. Handelt es sich um eine pathologische Anteflexio, dann steht die Portio auch hoch, aber nicht so extrem nach hinten; am Uterus selbst ist deutlich ein Knickungswinkel zu tasten. Die pathologische Anteflexio uteri gravidi und die mit ihr verbundene Einklemmung kann einen verschiedenen Höhegrad erreichen, je nachdem der Knickungswinkel zwischen Cervix und Corpus mehr spitzwinklig oder stumpf ist und die vordere Vaginalwand dementsprechend mehr oder weniger tief herabgedrängt ist.

Im Falle Blumreich wurde eine starke spitzwinklige Knickung beobachtet, entsprechend diesem hohen Grad der Anteflexio traten auch bedeutende Einklemmungserscheinungen auf, wie es aus der oben angegebenen Anamnese und dem Status ersichtlich wird.

Manchmal kann selbst die Diagnose der Gravidität auf Schwierigkeiten stoßen, da durch die Incarceration nicht nur die Lage, sondern auch die Form und Konsistenz des Uterus verändert wird. Es wird aber wohl immer möglich sein eventuell unter Zuhilfenahme des übrigen Befundes und der Anamnese die Differentialdiagnose zu stellen gegen anteute-

rinen Tumor, Hämatometra, Fibroide, Polypen. Durch die letzterwähnten Neubildungen kann der Uterus bei gleichzeitig bestehender Anteflexio eine solche Vergrößerung erreichen wie im 3. und 4. Schwangerschaftsmonat und zwischen Symphyse und Vaginalwand eingeklemmt werden.

Prognose.

Ganz im Gegensatz zu der Retroflexio uteri incarcerata, bei der die Prognose nach dem oben geschilderten Verlauf oft eine sehr ernste ist, ist der Ausgang in den bisher veröffentlichten Fällen von Anteflexio uteri incarcerata nie ein letaler gewesen. Die oben aufgezählten Einklemmungserscheinungen, die den höheren Grad von Anteflexio begleiten, schwinden nach dem Gelingen des betreffenden, später in Rede stehenden therapeutischen Verfahrens, ohne weitere Folgezustände zu hinterlassen. In dieser Hinsicht ist die Prognose günstig. Anders ist die Prognose zu bewerten bezüglich des Fortbestehens der Schwangerschaft. Ist der höchste Grad der Anteflexio ut. gravidi incarcerata allmählich oder plötzlich eingetreten, hat sich nämlich der Fundus uteri hinter der Symphyse festgestellt, so kommt es für die Prognose des Fortbestehens der Schwangerschaft hauptsächlich darauf an, wie lange der Uterus in diesem Zustande verharrt. Ein zeitig und zugleich zweckmäßig ausgeführter therapeutischer Eingriff kann den bereits drohenden Abort verhindern und das Fortbestehen der Schwangerschaft sichern, wie die Fälle Hachmann, Godefroy, Hüter, Ahlfeld und der von mir beschriebene Fall Blumreich beweisen. War jedoch der Uterus sehr lange eingeklemmt, und der richtige Zeitpunkt für den therapeutischen Eingriff verpaßt, so wird die Schwangerschaft durch Abort unterbrochen und die Frauen können von den nachteiligen Folgen, welche der Abortus mit sich bringt, betroffen werden. Durch das Zustandekommen des Abortus wird die Ante-

flexio uteri nicht ganz beseitigt: ein gewisser Grad bleibt immer zurück, und dies ist die Ursache, daß der hyperämische Zustand im Uterus weiter erhalten wird. Diese Hyperämie kann zu heftigen Nachblutungen Veranlassung geben und zu einem sehr anämischen Zustand führen, wie es Hüter in einem Falle erlebte. Außerdem tritt beim Fortbestehen der Anteflexio von neuem eine Konzeption ein, so daß wiederum ein Abortus stattfinden kann. Auf diese Weise kann die Frau sehr häufig abortieren; es entsteht das, was man als habituelles Abortieren bezeichnet (wie ebenfalls Hüter erwähnt).

Therapie.

Die vermehrte Anteflexio uteri, die sich bei jeder normalen Schwangerschaft einstellt, ruft keine lästigen Symptome hervor, und sobald der Uterus im 4. Schwangerschaftsmonat die Wachstumsrichtung nach oben einschlägt, verschwinden auch die unbedeutenden Urinbeschwerden und Stuhlverstopfung, deshalb fordert diese etwas vermehrte Anteflexio bei ihrem gefahrlosen Verlauf auch keinen therapeutischen Eingriff. Anders steht die Sache, wenn die Frau ein- oder mehreremal abortiert hat und die Ursache des Abortus in der besprochenen Lageabweichung liegt.

Man wird dann prophylaktisch so vorgehen, daß man die Schwangere anhaltend in horizontaler Rückenlage verharren läßt und zugleich die Kreuzgegend durch ein untergeschobenes Polster erhöht. Man läßt die Frauen so lange die Rückenlage beibehalten, bis der Uterus sich aus dem kleinen Becken erhoben hat. Man erreicht durch diese Maßregel, daß der obere Teil des schwangeren Uterus vermöge seiner Schwere sich etwas mehr rückwärts lagert, und verhütet auf diese Weise einen höheren Grad von Anteflexio.

Gibt nämlich ein abgesacktes peritonitisches Exsudat oder ein Ovarialtumor für die Antefl. ut. gr. inc. das wich-

tigste Kausalmoment ab, so kann die flache Rückenlage der Schwangeren nur den Vorteil bringen, daß der Uterus nicht stärker vorn übersinkt.

Auch bei Ascites, wenn dieser die pathologische Antedeviation hervorruft, ist die horizontale Rückenlage vom allergrößten Nutzen, weil der Uterus durch seine Schwere die seröse Flüssigkeit verdrängt und sich dann besser lagern kann.

Auch in Fällen hochgradiger Anteflexion mit Einklemmungserscheinungen ist vor allem durch eine ruhige Rückenlage eventuell mit erhöhtem Steiß zu versuchen, die Beschwerden zu beheben, und zugleich für die gründliche Entleerung der Blase und des Darmes zu sorgen, da das gefüllte Rektum die hochstehende Portio gegen die Symphyse drängt und so die Reduktion hindert.

In den schweren Fällen, wo die horizontale Lage allein nicht genügt, ist eine sofortige manuelle Reposition nach Entleerung der Blase und des Darmes angezeigt.

Obwohl die Einklemmung des anteflektierten graviden Uterus so selten vorkommt, sind doch mehrere Handgriffe angegeben worden. Dieses zeigt, daß die Reduktion manchmal sehr schwierig sein kann. Mit Narkose dürfte aber die Reposition stets möglich sein.

Ahlfeld hatte wegen der großen Schmerzhaftigkeit die Reposition unterlassen müssen, es trat, wie auch in dem von mir beschriebenen Falle, bloß durch ruhige Rückenlage mit erhöhtem Steiß eine Reduktion ein.

Hachmann hat die Reposition mit vier Fingern der rechten Hand ausgeführt.

Godefroy beschreibt, daß er mit beiden Zeigefingern, von denen der eine in die Vagina, der andere in das Rektum eingeführt war, den Uterus auf diese Weise in senkrechte Stellung gebracht hat. Im zweiten Falle wurde der Schwangeren angeraten, eine Viertelstunde eine solche Lage einzunehmen, daß der Kopf und die Arme am Fußboden und die

unteren Extremitäten auf dem Bette ruhten. Obwohl auch in diesem Falle die Reduktion eingetreten ist, findet Meißner, daß im 19. Jahrhundert ein solcher Vorschlag befremden muß, denn die Rückenlage mit erhöhtem Steiße entspricht dem Zwecke ungleich besser.

Hüter umfaßte die Vaginalportion von hinten her hakenförmig mit dem Zeigefinger und zog sie allmählich nach vorne. Im zweiten Falle gelang ihm dieses, nachdem er mit dem Zeigefinger in den Cervikalkanal eingedrungen war. Nun darf man, nach seiner Meinung, nur dann den Finger in den Cervikalkanal einführen, wenn man sich überzeugt hat, daß der Abortus im vollen Gange oder schon zu Ende ist. Die Reposition mit der Sonde, wie sie Haslett ausgeführt hat, ist natürlich gänzlich zu verwerfen, denn wie Davis sagt: die Behandlung muß die Verhinderung des Abortus, nicht seine Einleitung bezwecken.

Mende rät, den Muttermund allein zu ergreifen und herabzuziehen, während man mit der anderen Hand über der Symphyse von außen den Fundus einwärts und in die Höhe drängt. Dieses letztere auch von einigen anderen Autoren empfohlene Verfahren unterstützt wesentlich die Reduktion des schwangeren Uterus.

Helfer sah in einem Falle, wo die Einklemmung des anteflektierten Uterus und die Blutung durch hartnäckige Obstipation hervorgerufen wurden, die Erscheinungen nach Abführmitteln verschwinden.

Ist nun durch die ruhige Rückenlage oder gelungene Reposition der Fundus uteri über den Beckeneingang hinaufgehoben, so hat der Arzt die Aufgabe, den Uterus in dieser Lage zu halten. Man geht ganz sicher, wenn man die Schwangeren so lange die horizontale Rückenlage beibehalten läßt, bis man durch die Untersuchung findet, daß der Uterus sich aus dem Becken erhoben hat und in die Bauchhöhle emporwächst.

Von anderen Autoren wird die Applikation von Pessarien

empfohlen oder die Tamponade der Vagina. Dadurch wird das Tiefertreten des Corpus uteri verhindert. Es ließe sich vorstellen, daß in einem besonders schweren Falle (starre Verwachsungen) die Reposition in keiner Weise gelänge, dann würde bei bedrohlichen Symptomen nur die künstliche Einleitung der Frühgeburt oder Cöliotomie erübrigen. Ein solcher Fall ist bisher in der Literatur nicht verzeichnet.

Dem hochverehrten Herrn Professor Blumreich spreche ich für die Ueberweisung der Arbeit sowie für das bei der Abfassung derselben erwiesene Entgegenkommen meinen ergebensten Dank aus. Auch Herrn Assistenzarzt Dr. Bauer möchte ich für die meiner Arbeit gewidmete Teilnahme meinen Dank aussprechen.

Lebenslauf.

Frau Agafia Spiwak-Weitz am 14. Juni 1878 zu Odessa geboren, mosaischer Konfession, besuchte das 8 klassige ministerielle Mädchengymnasium in ihrer Heimatstadt, das sie im Jahre 1896 absolvierte. Seit dem Jahre 1906 widmete sie sich dem medizinischen Studium und besuchte die Universitäten der Schweiz und zu Berlin. Während ihrer Studienzeit besuchte sie die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten: Werner, Kleiner, Schinz, Gaule, Blüntschli, Eichhorst, Krönlein, Wyder, Wyß, Silberschmidt, Cloetta, Schmidt, Bumm, Bier, His, Hildebrand, Goldscheider, Orth, Heubner, Lesser, Passow, Ziehen, Blumreich, Meyer, Fromme, v. Michel, Köllner, Forster.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern sage ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank.